LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Médecine légale : La réforme des expertises légales, par le Dr V. Martin-Durr, 269. — **Clinique médicale** : Observation pouvant servir à éclairer la pathogénie des phlébites goutteuses, par le Dr Pruvost, 772. — **Revue de la presse** : Sur un cas de kraurosis vulvæ, 773. — **Académie de médecine** : *Séance du 30 novembre* 1897. Présidence de M. Caventou. — Mort du professeur Tarnier, 774. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 26 novembre* 1897. Présidence de M. Debove. — Pathogénie de l'appendicite, 774. — Pleurésie sèche bilatérale d'origine grippale, 774. — Troubles moteurs spéciaux dans le cours du rachitisme, 775. — Sur les angines à bacille court particulier (bacille en navette), 775. — **Société de médecine de Paris** : *Seance du 27 novembre* 1897. Présidence de M. Bouloumié, 775. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 29 mars* 1897. Présidence de M. le Dr Guillier. — Contribution à l'étude de la maladie de Ménière et son traitement, 777. — **Société de chirurgie** : *Séance du 1er décembre* 1897. Présidence de M. Delens, 764. — Lymphangiome de la région crurale droite, 780. — Abcès sous-phréniques, 780. — Cholédochotomie sans sutures, 780. — Présentation de malade, 780. — **Congrès français de Chirurgie**, 11e *session, tenue à Paris du 18 au 23 octobre* 1897 (*suite*). *Séance du 19 octobre*. — Traitement de la contusion de l'abdomen, 780. — La laparotomie systématique dans le traitement de la contusion abdominale, 781. — Traitement des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, 781. — **Memento pratique** : Elixir dentifrice, 782. — Poudre dentifrice alcaline antiseptique, 782. — **Nouvelles**, 782. — **Bulletin bibliographique**, 784.

MÉDECINE LÉGALE

La Réforme des expertises médico-légales

Rapport de la Commission de la Société de Médecine de Paris (1)

Par le Dr V. Martin-Durr.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société de médecine de Paris les conclusions de la Commission, nommée par elle, pour examiner les réformes à effectuer aux expertises médico-légales, et composée de MM. Rougon, Ladreit de Lacharrière, Christian, Besnier et Martin-Durr, rapporteur.

Comme l'a rappelé notre collègue Rougon (2), notre Société, qui compte ses cent années d'existence, dès ses débuts et ultérieurement n'a jamais hésité à prendre l'initiative et à réclamer les mesures pouvant réaliser le progrès. Elle a toujours dignement partagé, lorsqu'il y avait lieu, la solidarité professionnelle.

« Nous reconnaissons tous l'égalité pour tous devant la loi. La Société de Médecine de Paris, en repoussant à son origine les privilèges, a reconnu et proclamé la responsabilité professionnelle avec toutes ses conséquences. »

La gravité des suites que peut entraîner l'erreur en matière d'expertise médico-légale, le retentissement des erreurs les plus récentes (affaire Drouaux, affaire Laffite, affaire Laporte, etc.) oblige la Société de Médecine de Paris, fidèle à ses traditions séculaires de dignité professionnelle et de recherche du progrès, à appeler l'attention des pouvoirs publics et des représentants de la nation sur les modifications à apporter à l'expertise médico-légale.

I. — *Exposé des vœux émis par la Commission.*

La question des réformes à effectuer aux expertises médico-légales nous semble devoir être scindée en trois chapitres principaux :

1° La question de l'*instruction technique* des futurs médecins-experts, que nous résolvons par le vœu de la *création la plus immédiate d'un Institut Médico-Légal* ;

2° La question de la *contre-expertise*, que nous résolvons par l'*affirmative* et que nous demandons *initiale*, dès le début de l'instruction ;

3° La question de la *responsabilité des experts*, que nous résolvons par la *négative* quant à la responsabilité *pécuniaire* ; la responsabilité morale ne pouvant s'apprécier en un texte de loi et persistant immuable comme sont immuables les principes de la conscience.

II. — *Création d'un Institut médico-légal.*

On ne s'improvise pas médecin-expert. La médecine légale est une branche tout à fait spéciale, qui nécessite de longues et minutieuses études préliminaires, et où il faut ensuite une continuité permanente dans le travail, permettant de se tenir au courant de toutes les découvertes en sciences naturelles, en physique, en chimie, en anatomie pathologique, en histologie, en bactériologie, en clinique, etc.

Or qu'arrive-t-il actuellement pour le médecin-expert de la plupart de nos tribunaux de province, et, nous venons de le voir récemment, même à Paris.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 27 novembre 1897.

(2) Rougon, *Société de médecine de Paris*, séance du 23 octobre 1897.

Etudiant, le futur médecin n'a que de bien faibles ressources pour parfaire son instruction au point de vue de la médecine légale. A Paris, il assiste bien aux autopsies de la Morgue, et c'est, en effet, là que se fait son éducation spéciale la meilleure, car il voit agir devant lui les maîtres de la science dans cette matière.

Mais toutes les autres opérations complémentaires et indispensables, — analyses chimiques, examens microscopiques, expérimentations, etc., — *faute de locaux suffisants* permettant la présence des étudiants, se pratiquent loin du futur praticien.

D'ailleurs il n'y a aucune centralisation des locaux où se pratiquent ces diverses opérations, les unes ayant lieu à la Morgue même, les autres dans les locaux de la caserne Lobau, d'autres enfin dans les laboratoires de la Faculté.

Conclusion : le futur médecin ne voit et n'apprend qu'une partie des opérations de la médecine légale. *Il n'y a pas de locaux suffisants.*

Voici pour les études préliminaires. Comment se comporte plus tard le médecin promu au titre d'expert près d'un tribunal?

Ce médecin a une clientèle qui prend une grande partie de son temps et de ses préoccupations. Ses fonctions d'expert sont pour lui un surcroît de travail, qu'il s'efforce, certes, de remplir de son mieux, lorsque le moment se présente, mais pour lequel la bonne volonté ne suffit pas. Emporté par le courant des occupations journalières de la profession, il lui est matériellement impossible de suivre le mouvement scientifique progressif de la branche spéciale qu'est la médecine légale.

De plus, il existe un ou plusieurs médecins experts auprès de chaque tribunal, ce qui multiplie leur nombre et fait nécessairement que chacun d'eux est rarement appelé à faire emploi des connaissances qu'il a pu acquérir à l'Ecole.

Ces deux causes, la multiplicité des préoccupations professionnelles et la rareté des expertises, font qu'*avec le temps* ce qu'il a pu savoir au point de vue de la médecine légale s'estompe peu à peu et, comme une clef qui ne sert pas, *il se rouille.*

Alors, lorsqu'une affaire se présente, n'ayant pas ou plus la pratique, il se rejette fiévreusement sur les livres, consulte *les auteurs*, les fameux auteurs qu'ont évoqués les experts de Rouen.

On a vu quelles erreurs peut faire commettre la lecture des traités, non suffisamment corrigée et mise au point à l'aide d'une expérience mûrie par de sérieuses études préliminaires et une longue pratique.

A cette situation défectueuse, il doit y avoir remède. La justice ne peut se passer de l'aide des hommes de l'art, et il faut qu'elle puisse avoir confiance en eux.

Depuis longtemps le remède est proposé et depuis longtemps, depuis plus de dix ans, l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris lutte pour le faire adopter.

Bien mieux, dès l'an IX, en 1801, par conséquent, notre ancêtre à la Société de médecine de Paris, Gilbert, présentait une proposition sur l'établissement de l'Ecole de médecine légale « devant préparer par un enseignement spécial le personnel des médecins experts et leur donner la valeur d'un diplôme *ad hoc* (1).

Si vous voulez avoir de bons serviteurs, la première condition est de les bien former.

Les études préliminaires, dans l'état actuel, sont insuffisantes faute de locaux. Pouvoirs publics et représentants de la nation, vous possédez le moyen de remédier à cet état de choses défectueux. Créez ces locaux, fondez cet *Institut médico-légal*, réclamé par le corps médical depuis près de cent ans, et où juristes et médecins, trouvant réunis tous les services, pourront acquérir une expérience technique irréprochable.

III. — *Contre-expertise dès le début de l'instruction.*

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de reproduire les paroles de M. le prof, Pinard dans sa leçon de réouverture du cours de clinique obstétricale (*Bulletin Médical*, 8 novembre 1897).

« L'expertise, dans les conditions où elle a eu lieu dans l'affaire Laporte, c'est-à-dire unique et incompétente, est, à l'heure actuelle, l'arme la plus dangereuse que je connaisse, car elle peut atteindre aujourd'hui, demain, dans sa considération, dans sa liberté, dans son honneur, qui? Vous tous comme moi.

« Aussi avec quelle satisfaction ai-je lu, dans un livre qui vient de paraître hier, ces lignes que je vous demande la permission de vous faire connaître :

« L'expertise en matière criminelle prendra dans « l'avenir une extension qu'on peut à peine prévoir.

« Pour le présent, les expertises amènent trop sou- « vent des débats violents et confus, aboutissant à des « verdicts étranges. On voit cette consultation, qui « devrait être si calme et si technique, se transformer « soudain en un appareil de guerre. C'est l'arsenal où « d'ignorantes mains vont puiser au hasard, pendant « la lutte théâtrale, des traits et des raisons! Discutée « oratoirement, l'expertise perd bientôt son autorité « et partage les chances de tous les arguments pro- « duits au cours d'une discussion capricieuse.

« Comment faire pour que ce document scientifique, « que nul à la Cour d'assises » — *et j'ajoute : ni au tribunal correctionnel* — « ne peut discuter avec compé- « tence, parvienne à s'imposer à tous?

« Pour que l'expertise obtienne un tel crédit, il « faut d'abord qu'elle le mérite ; elle ne peut le méri- « ter qu'en devenant contradictoire. Cela signifie que, « dans toute expertise, il faut que les intérêts de l'ac- « cusation et les intérêts de la défense soient séparé- « ment représentés.

« Deux experts seront désignés, l'un par le jury, « l'autre par l'inculpé, et leurs conclusions seront pri- « ses en commun, après avoir été discutées contradic-

(1) An IX, t. X du *Journal de la Société de médecine de Paris.*

toirement. Dès lors, nul n'aura plus à l'audience intérêt à combattre l'expertise ; le jury ne pourra concevoir aucune défiance, et ce document essentiel prendra toute autorité (1). »

« Ces lignes sont de qui ? — De l'éminent avocat général à la Cour de cassation.

« Vous voyez, ajoute M. le professeur Pinard, que je ne suis pas en lutte avec toute la magistrature ; j'ajoute que j'éprouve une grande satisfaction en me trouvant en communauté d'idées avec M. l'avocat général à la Cour de cassation, et que je lutterai, *non pas contre, mais avec lui*, pour faire aboutir le plus tôt possible la réforme qu'il propose.

« Notre rôle doit être d'éclairer ceux qui doivent rendre la justice et non de les combattre. Seulement, cette expertise compétente et contradictoire, je la veux *dès le début de l'instruction, avant toute arrestation préventive*. Toute la question est là. Du reste, n'est-ce pas ce que réclament depuis plus de dix ans le professeur de médecine légale, M. Brouardel (2), M. Drioux (3) et plus récemment notre confrère le Dr Ladreit de La-charrière (4).

« Quelle que soit l'étendue des connaissances d'un médecin expert, il ne peut être omniscient, même agissant en vertu d'un mandat de justice.

« Quelle que soit la valeur d'un homme, l'expert désolé sera toujours un danger ; son témoignage ne doit avoir aucune valeur aux yeux de la justice. *Testis unus, testis nullus.* »

D'accord avec M. le professeur Pinard pour demander la *contre-expertise dès le début de l'instruction*, la Commission, cependant, croit devoir faire ses réserves sur le terme : *Avant toute arrestation préventive*, qu'il lui semble difficile, pour ne pas dire impossible, à appliquer en matière criminelle. Dans le cas de viol, par exemple, attendre le résultat de l'expertise et de la contre-expertise avant de procéder à l'arrestation de l'inculpé, n'est-ce pas laisser à celui-ci toute facilité de se soustraire, par la fuite ou par tout autre moyen, à l'action de la justice. De même dans le cas de meurtre.

Nous croyons donc devoir laisser au juge d'instruction, en matière criminelle, *la responsabilité*, comme le droit, de faire procéder à l'arrestation préventive, s'il la juge nécessaire; mais nous demandons, dès le début de l'instruction, l'expertise et la contre-expertise compétentes. La loi, récemment votée, qui permet à l'inculpé de se faire assister de son avocat dès le début de l'instruction, doit avoir comme corollaire, pour l'inculpé et dès le début de l'instruction, l'assistance d'un *avocat-technique*, d'un contre-expert.

(1) *La Cour d'assises*, par Jean Cruppi, avocat général à la Cour de cassation, p. 299 et 300.

(2) Voyez *Réformes des expertises médico-légales*, par P. Brouardel, 1884.

(3) Drioux. *Sur l'organisation de l'expertise contradictoire et d'un tribunal de superarbitres. Expertises dans les législations étrangères*, 1886.

(4) Ladreit de la Charrière, in : *Journal le Droit*, 18 novembre 1896 et communication écrite.

IV. — *Responsabilité des médecins-experts.*

L'expert ne relève que de sa conscience, et c'est, à notre avis, la seule loi à laquelle il puisse être soumis.

Lorsque vous avez demandé à un homme, que vous avez jugé compétent, un avis motivé et consciencieux, si cet homme vous répond qu'après s'être entouré de tous les moyens d'investigation qu'il a pu, il croit en son âme et conscience telle chose vraie, telle autre fausse, vous ne pouvez rien exiger de plus.

L'expert qui aura commis une faute lourde n'échappera pas à la responsabilité morale, qu'aucun sophisme ne peut voiler ni atténuer. La torture intérieure et constante, qui lui sera infligée par le cri de sa conscience, sera pour lui un châtiment bien supérieur à celui que pourraient représenter quelques milliers de francs sortis de sa bourse.

Tout homme est faillible, et la contre-expertise, que nous demandons, est précisément destinée à arrêter dès le début l'erreur possible, et elle aura pour effet d'empêcher le retour de faits que nous avons tous présents à la mémoire.

Nous sommes donc contraire à la responsabilité *pécuniaire* des experts, la responsabilité morale restant pleine et entière au-dessus de toutes les contingences.

V. — *Conclusions.*

Ces trois propositions :

1° Création d'un institut médico-légal ;

2° Contre-expertise dès le début de l'instruction ;

3° Non responsabilité pécuniaire des experts ;

ont réuni l'unanimité des suffrages de la Commission.

Plusieurs autres questions ont été soulevées dans la Commission, sans obtenir l'unanimité.

La première de ces questions est celle de la *nomination des experts*. L'arbitraire étant la seule loi qui régisse actuellement la matière, la Commission est unanime à demander la réforme de ce mode de procéder. Mais, sur les voies et moyens d'arriver à ce but, deux courants se sont manifestés :

Les uns préconisant la nomination des experts par les médecins du ressort de la cour ou du tribunal, les experts émanant ainsi du suffrage de leurs pairs ;

Les autres, afin de se soustraire, dans la plus grande mesure possible, aux influences locales, préférant la nomination, dans chaque ressort, par la plus haute personnalité judiciaire, garde des sceaux à Paris, et premier président dans les cours d'appel.

Dans tous les cas, la majorité de la Commission est *contraire* à la création d'un diplôme qui pourrait faire des médecins-experts *un corps spécial de fonctionnaires*.

En second lieu, l'un des membres de la Commission a proposé la création, auprès des différentes cours d'appel, de *commissions supérieures*, devant lesquelles se-

ront portées les expertises de toutes les affaires criminelles pouvant entraîner l'application de la peine capitale. La majorité de la Commission a été favorable à cette proposition.

CLINIQUE MÉDICALE

Observation pouvant servir à éclairer la pathogénie des phlébites goutteuses

Par le Dr PRUVOST.

Parmi les cas de phlébite que j'ai eu à soigner cet hiver, il en est un qui m'a paru particulièrement remarquable, et par l'influence que la médication a semblé exercer sur certains symptômes, et par le jour spécial qu'il jette, à mon avis, sur la pathogénie des coagulations veineuses, au moins de celles qui sont dites goutteuses ou rhumatismales.

Il s'agit d'une dame de 43 ans que j'ai eu l'occasion de voir plusieurs fois en consultation, à partir du trente juin dernier.

Cette personne, qui porte les attributs d'un tempérament à la fois bilieux et nerveux, se nourrit d'ordinaire presque exclusivement de viande et ne coupe que peu son vin aux repas. Habituellement constipée, elle a été atteinte, il y a sept ou huit ans, d'ictère avec coliques hépatiques. Bien que très énergique, elle est sujette parfois à ce qu'elle appelle des faiblesses, que l'ingestion soit d'un peu de liqueur, soit d'un peu de nourriture, fait rapidement disparaître.

Absence des règles depuis trois mois.

Après un ou deux jours de lourdeurs fugaces dans les jambes, elle fut prise brusquement le 20 janvier, à la région supéro-interne de la jambe gauche, d'une douleur très vive qui entraîna une véritable crise de larmes. Le médecin qui la vit alors constata l'existence, sur le trajet de la saphène interne, et dans une étendue de 10 centimètres, au-dessous de la tubérosité interne du tibia, d'un paquet de cordons veineux oblitérés par des caillots et très sensibles au toucher.

Un mieux léger local se produisit au bout de quelques jours, sous l'influence combinée de la compression au moyen d'un bandage ouaté, et de la position en plan incliné donnée au membre. Néanmoins le simple contact du doigt, au niveau des cordons veineux oblitérés, était très pénible, et de plus, la douleur était remontée jusqu'au pli de l'aîne, au niveau de l'anastomose de la saphène et de la fémorale.

En même temps, l'état général laissait beaucoup à désirer. La malade était très faible et ne prenait que difficilement la viande et les œufs qu'on la forçait en quelque sorte d'ingérer. Il y eut anurie complète dans la journée du 28 janvier, et bien que l'urine eût reparu le lendemain, en petite quantité, boueuse, rouge, albumineuse et légèrement sucrée, on n'était pas sans inquiétude sur le développement d'une phlébite du membre droit, à cause d'une douleur survenue de ce côté, en arrière de la malléole interne, sur le trajet de la saphène interne.

Sur mon conseil, on fit sur les régions malades des onctions résolutives avec une pommade à l'iodure de plomb, et on laissa des cataplasmes en permanence sous le bandage ouaté. De plus, malgré le peu de goût, je dirai même la répugnance de la malade pour le lait, je ne permis pas d'autre nourriture. Seulement je recommandai expressément de couper abondamment le lait avec de l'eau de Vichy, et de n'en prendre que juste ce que l'estomac pourrait tolérer.

Aussi, pendant les huit premiers jours, ne fut-il pris chaque jour que 3 *à* 5 *cuillérées à café* de lait, à raison d'une ou deux cuillérées à café par verre d'eau de Vichy. Et cependant, après ce temps, la malade se sentait plus forte et plus libre de ses mouvements; l'urine, quoiqu'encore un peu rouge, était devenue limpide; on n'y découvrait plus ni albumine, ni sucre, et la quantité émise dans les vingt-quatre heures atteignait presque la normale.

La constipation avait été plus difficile à vaincre; néanmoins, le sulfate de soude, soit par la bouche, soit en lavement, avait fini par en avoir raison.

Quant à la jambe droite, toute menace de phlébite de ce côté avait complètement disparu. Il en était de même à gauche au niveau de l'abouchement de la saphène et de la fémorale. Il restait seulement de ce côté, au-dessous de la tubérosité interne du tibia, deux ou trois noyaux veineux encore indurés et un peu sensibles au toucher.

Au bout de huit autres jours, la malade était arrivée à prendre chaque jour un verre de lait sans le moindre dégoût, et après huit autres jours, la dose journalière atteignait un litre. Actuellement cette dose paraît suffire à la malade, qui se trouve très bien de son régime et ne demande pas à en changer.

Il y a eu, il y a dix jours, une légère réapparition des règles.

L'urine a repris sa limpidité, sa coloration, et son abondance normales. Elle présente seulement par l'ébullition un peu d'opalescence, qui disparaît par l'addition d'une goutte d'acide. Si à ce caractère, que je regarde comme l'indice d'un état légèrement infectieux du sang, ne se joignait la présence d'un noyau veineux, encore un peu induré, mais à peine sensible au toucher, je permettrais volontiers à la malade d'abandonner le lit quelques instants dans la journée, mais il me paraît prudent de ne pas se hâter.

En revenant sur quelques points de cette observation, je ferai remarquer l'heureuse influence qu'a eue le régime sur certains symptômes qui menaçaient de devenir alarmants : la grande rareté des urines — à peine 60 grammes par jour — l'absence même de sécrétion pendant 24 heures, la présence du sucre et de l'albumine qui y fut décelée, enfin l'état général de fai-

ésse de la malade. Tous ces symptômes disparurent pidement, grâce, je ne dirai pas à la médication ctée, puisque la dose journalière de 3 à 5 cuillerées café de lait est trop insignifiante pour qu'on puisse y acher une réelle efficacité, mais plutôt à la diète mentaire à peu près absolue, combinée avec l'inges- n d'une assez grande quantité d'eau de Vichy (une uteille par jour).

Cet heureux résultat s'expliquerait facilement, à mon is, si l'on admet que les coagulations veineuses chez s arthritiques, aussi bien que les autres concrétions patiques, rénales et articulaires, reconnaissant mme cause première la surabondance relative des atériaux d'assimilation, seulement il y a lieu d'établir ie distinction entre les arthritiques gras et les arthri- ques maigres.

Chez les premiers les matériaux d'assimilation en cès trouvent leur place dans le tissu cellulaire sous- tané, et plus tard dans les viscères eux-mêmes, sous rme de dégénérescence graisseuse ou de concrétions. nez les seconds, dont les tissus sont rebelles a une sur- arge graisseuse, le sang garde en quelque sorte pour i l'excès des matériaux d'assimilation et il en résulte un moment donné cette tendance aux coagulations eineuses, dans les régions de l'organisme où la circu- tion en retour du sang se fait le moins bien, c'est- dire dans les veines du membre inférieur. Telle serait lon moi la genèse des phlébites observées chez les thritiques et particulièrement étudiées par Lance- aux.

Cette origine admise, on conçoit quelle entrave l'ali- entation, si elle n'est très réduite, peut apporter dans guérison de ces sortes de phlébites, puisque l'intro- uction de nouveaux matériaux d'assimilation, dans le rrent circulatoire, doit plus ou moins gêner la désin- égration des matériaux anciens déjà en excès. Au ntraire, cette désintégration aura bien plus de chan- es de s'accomplir, si une diète sévère ne permet guère ue l'introduction de produits alcalins dans le sang. En ffet, il se fait alors une véritable autophagie, dont un ang trop riche et trop plastique fait les frais.

Je serai heureux d'avoir l'avis de mes confrères sur ette question de pathogénie des phlébites chez les ar- hritiques. En tout cas, il m'a semblé qu'il n'était pas nutile d'attirer leur attention sur ce fait, en apparence paradoxal, d'augmentation relative des forces par la uppression momentanée et presque absolue de la nour- iture.

REVUE DE LA PRESSE

Sur un cas de kraurosis vulvæ, par MM. Pichevin et A. Petit. — Sous le nom de *kraurosis vulvæ*, Breisky a décrit en 1885 une maladie de la vulve caractérisée par une nécrose de l'épiderme avec inflammation chronique et hyperplasie du tissu conjonctif sous-cutané. Cette affection n'a jamais été observée en France, aussi l'histoire du cas suivant, rapporté par le Dr Lamy, présente-t-il un grand intérêt.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, habitant la campagne, fille d'un alcoolique, qui a toujours été bien portante jusqu'au moment de son mariage. Mme X. s'est mariée il y a quatre ans, des douleurs sont survenues dès les premières règles après le mariage ; les rapports ont toujours été douloureux et incomplets. Un écoulement vaginal n'a pas tardé à se montrer, mais il n'est pas possible de dire s'il y a eu ou non infection blennorrhagique. Sept ou huit mois après son mariage, Mme X. se plaint de démangeaisons au niveau du clitoris et de la partie supérieure de la grande lèvre gauche, démangeaisons assez vives pour empêcher souvent tout sommeil. Pendant quelque temps la miction a été douloureuse.

Au mois d'août 1896, la malade s'aperçoit qu'elle a une ulcération au niveau de la partie supérieure de la grande lèvre gauche, là où siègent les démangeaisons ; l'ulcère, d'abord peu étendu, superficiel et presque indolore, se creuse, s'étend et s'accompagne de violentes douleurs. Le Dr Lamy pratique les cautérisations au thermocautère et fait des pansements à la cocaïne.

L'un des auteurs fut appelé en consultation à la fin de 1896 et trouva la malade amaigrie, sans appétit. L'examen révéla dans les régions précitées une excavation assez profonde, anfractueuse, dans laquelle se trouvaient des eschares en voie d'élimination, fétides malgré les pansements désinfectants. Les bords de l'ulcération, à la partie externe, étaient indurés et déchiquetés. De plus, à la face externe de la grande lèvre gauche, on trouvait de petits nodules cancéreux, qui permettaient d'affirmer la nature de la néoplasie. La grande lèvre droite paraissait le siège d'une infiltration œdémateuse, mais sans dégénérescence. Le toucher vaginal produisait une vive douleur et donnait la sensation d'un vagin inextensible, doublé d'un tissu épaissi, induré, qui ne permettait l'introduction du doigt que dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. D'autre part, à la surface cutanée non envahie par la dégénérescence cancéreuse, on voyait, sur la fourchette et dans le vagin, des plaques blanchâtres, nacrées, de la grandeur d'une pièce de 20 cent. environ, plaques ayant les caractères de ce que l'on a décrit sous le nom de leucoplasie vaginale.

Enfin, il existait un engorgement ganglionnaire dans les deux aines ; à gauche, se trouvait un ganglion volumineux, fluctuant, dont l'incision donna issue à un liquide sanieux et d'odeur infecte.

Sous le chloroforme, on constata que le rétrécissement vulvo-vaginal n'était pas le résultat d'un spasme, mais d'une induration sous-épithéliale.

L'examen histologique, dans le détail duquel nous ne pouvons entrer, a montré qu'il s'agit d'altération présentant d'étroites relations avec l'épithélioma. Nous y

trouvons aussi des lésions de leucoplasie, car l'on sait que la dégénérescence cancéreuse, loin d'être considérée comme un accident de la leucoplasie, doit être regardée comme un stade de l'évolution de celle-ci (*Journal des maladies cutanées syph.*, août 1897).

Dr Barbe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 novembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Roché, de Toucy (Yonne), qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la 1re division.

Mort du professeur Tarnier. — M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le professeur Tarnier et rend hommage à son caractère et à sa science chirurgicale. C'est lui qui le premier soutint, il y a plus de trente ans, la nécessité d'isoler les malades pour mettre fin aux épidémies de fièvre puerpérale ; c'est lui qui le premier appliqua l'antisepsie à l'obstétrique et créa les couveuses qui ont sauvé la vie de tant de nouveaux-nés.

M. Tarnier a été président de l'Académie ; l'année de sa présidence il a donné dix mille francs pour la reconstruction de la salle des séance et il a secondé bien vivement les efforts faits dans le même sens par M. Bergeron.

M. Budin lit le discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de Tarnier, et rappelle ses nombreux titres à la reconnaissance des malades et de ses confrères : l'isolement des malades atteintes de fièvre puerpérale, l'application de l'antisepsie et en particulier du sublimé aux accouchements, l'invention de son forceps. Les opinions exprimées par Tarnier sont aujourd'hui presque universellement admises et presque partout on emploie son forceps ou un instrument fondé sur le même principe. C'est à lui également qu'on doit le basiotribe, le ballon employé pour provoquer l'accouchement prématuré, la couveuse artificielle.

Il n'est pas étonnant qu'un tel homme ait vu se grouper autour de lui de nombreux élèves. Grâce à Tarnier, depuis vingt-cinq ans, la France a fait faire à l'obstétrique beaucoup plus de progrès qu'aucun autre pays.

Tarnier a publié de très importants ouvrages et le 3e volume de son traité d'accouchements, dont plus de 700 pages sont imprimées, va paraître dans quelques semaines.

Tarnier fut un bienfaiteur de l'humanité et c'est avec justice que, sur la proposition de M. Peyron, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a décidé que la maison où le maître avait si longtemps enseigné s'appellerait désormais la clinique Tarnier (*Applaudissements*).

M. Tarnier ayant été président de l'Académie, la séance est levée en signe de deuil.

A 3 h. 1/2 l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Regnard sur les candidats à la place de titulaire vacante dans la section de physique et chimie médicales. Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Pouchet ; en deuxième ligne, M. André ; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Burcker et Weiss.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 novembre 1897. — Présidence de M. Debove.

Pathogénie de l'appendicite. — MM. Dieulafoy et Caussade. MM. Harmann et Mignot ont démontré l'exaltation de la virulence du bactérium coli contenu dans la cavité close d'une appendicite (Société de chirurgie, 17 novembre).

Les expériences que nous avons faites de notre côté nous ont donné des résultats identiques. Nous avons également démontré la toxicité des produits élaborés en cavité close appendiculaire.

1° *Exaltation de la virulence des microorganismes contenus en cavité close appendiculaire.*

Pour nos expériences, nous avons pris une appendicite oblitérante aiguë dans laquelle la cavité close était absolument séparée de la partie libre du canal appendiculaire. Nous avons ensemencé deux bouillons : l'un, bouillon n° 1, avec une parcelle du liquide prélevé dans la partie libre du canal appendiculaire ; l'autre, bouillon n° 2, avec une parcelle de liquide prélevée dans la cavité close.

Ces bouillons ont été mis à l'étuve ; ils contenaient du coli-bacille en quantité. L'inoculation, à des cobayes, de quinze gouttes de ce bouillon, a donné les résultats suivants : les cobayes inoculés avec le bouillon n° 1 (celui qui avait été ensemencé avec le liquide de la partie libre du canal) n'ont eu, au niveau de l'inoculation, qu'un petit noyau induré, qui s'est résorbé en peu de temps sans le moindre accident ; tandis que les cobayes inoculés avec le bouillon n° 2 (celui qui avait été ensemencé avec le liquide de la cavité close) ont eu des abcès gangréneux, le pus de ces abcès contenait du coli-bacille pur, et tous on fini par mourir infectés.

2° *Toxicité des produits solubles élaborés en cavité close musculaire.*

Pour étudier le pouvoir toxique des bouillons dans lesquels s'étaient développés les coli-bacilles, nous les avons filtrés et avec le liquide filtré, chargé de toxine et privé de bacilles, six cobayes ont été inoculés, trois avec le filtrat du bouillon n° 1, et trois avec le filtrat du bouillon n° 2. Chaque cobaye a reçu en injection sous-cutanée 20 gouttes de bouillon filtré provenant de cultures de plus en plus vieilles.

Les trois cobayes inoculés avec le filtrat du bouillon n° 1 sont restés vifs et bien portants. Sur les trois cobayes inoculés avec le filtrat du bouillon n° 2, deux sont morts en cinq ou six jours après l'inoculation ; ils ne sont pas morts infectés, ils sont morts intoxiqués.

Ces expériences prouvent bien la toxicité des produits élaborés en cavité close appendiculaire. La cavité close est donc à la fois un foyer d'infection et un foyer de toxicité. L'appendicite est une maladie toxi-infectieuse.

Pleurésie sèche bilatérale d'origine grippale. — M. Morel-Lavallée. J'ai observé fréquemment, dans le cours de la grippe, une pleurésie sèche bilatérale, aiguë, subaiguë ou fruste, pouvant intéresser toute l'étendue des deux séreuses, évoluant de bas en haut par poussées successives et récidivantes, avec des maxima d'intensité qui, dans les cas légers, en constituent les seuls foyers perceptibles à l'auscultation — comme ils sont, dans les cas sérieux, les

sièges des douleurs fixes et paroxystiques — (points diaphragmatiques postérieurs et sous-mammaires, rétro-mammaires, rétro-sternal supérieur, cervico-claviculaire, interscapulaire).

Cette affection comporte un type aigu ou subaigu pouvant durer cinq à six semaines et plus — fait anormal pour une pleurésie sèche — et des types ambulatoires et latents : c'est qu'alors le malade, ayant négligé le catarrhe muqueux éphémère et insignifiant de la grippe au début, ne s'étant pas arrêté lors du point de côté initial, ne consulte qu'à l'occasion des récidives paroxystiques de la douleur aux foyers d'élection.

On ne peut alors reconstituer l'historique et l'ensemble de la maladie que par la réunion des éléments suivants :

1° Catharre grippal initial, retrouvé dans les antécédents ; bilatéralité des signes de la pleurésie sèche récente avec intégrité antérieure et actuelle du parenchyme pulmonaire ; 3° apyrexie ; 4° symptômes contingents (toux sèche, essoufflement à la marche, douleurs, pas d'épanchement) ; 5° signes de grippe concomittants : aphonie, expectoration verdâtre abondante et précoce).

La nature de cette pleurésie sèche se développant dans le cours de la grippe est difficile à préciser. S'agit-il d'une affection d'origine grippale ? (la bactériologie expérimentale seule pourra l'apprendre). S'agit-il d'une affection surajoutée ? Il est difficile de le savoir.

On peut dire seulement que cette pleurésie sèche n'est vraisemblablement pas de nature tuberculeuse. Si elle l'était, cela augmenterait considérablement le pourcentage de la tuberculose dans notre milieu urbain, en même temps qu'on verrait s'atténuer, en proportion inverse, le pronostic des tuberculoses prises en général.

Troubles moteurs spéciaux dans le cours du rachitisme. — M. Variot présente trois enfants, trois frères, atteints de déformations osseuses rachitiques, s'étant accompagnées et s'accompagnant encore de troubles locomoteurs qu'on ne rencontre pas habituellement dans le rachitisme.

L'un des enfants (huit ans) a eu une paraplégie, longtemps considérée comme liée à un mal de Pott, aujourd'hui presque complètement disparue. Cette paraplégie ne s'accompagnait pas d'exagération des réflexes, ni de troubles sphinctériens ; elle était survenue à la suite d'une rougeole. Le second enfant n'avait jamais marché quand il fut conduit à l'hôpital : il avait alors six ans. Le troisième (neuf ans et demi) avait une marche traînante, difficile.

L'interprétation de ces troubles moteurs est difficile à donner. La rougeole a sans doute joué un rôle dans le premier cas, mais comment expliquer les troubles chez les deux autres enfants. Rien ne pouvant faire penser a une lésion de la moelle, M. Variot estime qu'il s'agit peut-être de désordres moteurs liés à une névrite périphérique.

En tout cas ces trois cas ne rentrent pas dans le cadre habituel du rachitisme et l'on doit se demander s'il ne s'agit pas d'une forme clinique spéciale de cette affection.

Sur les angines à bacille court particulier (bacille en navette). — M. H. Barbier. Parmi les bacilles courts, s'il en est qui présentent morphologiquement les caractères du bacille diphtérique, et qu'on trouve dans des cas cliniques présentant l'aspect et la marche de la diphtérie vraie, il n'en est pas peut-être de même de tous ceux que l'examen bactériologique révèle. Sans parler de ce qu'on appelle, avec M. Roux, le bacille pseudo-diphtérique dépourvu de virulence, j'ai étudié cette année, en le séparant morphologiquement et expérimentalement du bacille diphtérique court, un bacille, court lui-même, qu'on ne saurait confondre avec le bacille diphtérique.

C'est un bacille ventru, à extrémités effilées, plus court que le bacille diphtérique, plus épais que le bacille diphtérique court, prenant uniformément les matières colorantes, et plus fortement que celui-ci. Il pousse avec quelques différences, minimes il est vrai, sur sérum et dans le bouillon, mais donne surtout une culture verruqueuse, exubérante sur la gélose glycérinée, sur laquelle le bacille diphtérique pousse difficilement.

Ce bacille, toujours associé, soit au bacille diphtérique ; soit à des micro-organismes variés, n'est pas virulent pour le cobaye dans les conditions d'expérience où le bacille diphtérique l'est. On le trouve dans la gorge, mais surtout dans le nez.

Au point de vue clinique, les angines qui donnent, à l'examen bactériologique, des bacilles en navette, peuvent être membraneuses ou présenter les caractères des angines inflammatoires simples.

Dans 8 cas sur 19, nous avons rencontré des angines pseudo-membraneuses ; mais, sur ces 8, il en est 4 dans lesquels il existait en même temps du bacille diphtérique ; ces angines se sont comportées cliniquement et thérapeutiquement comme des angines diphtériques typiques. Nous avons pu, dans un cas, vérifier l'absence de virulence du bacille en navette et la virulence du bacille diphtérique. Ce sont donc des angines dues au bacille diphtérique et au bacille diphtérique seul.

Dans quatre autre cas, il n'y avait pas de bacilles diphtériques ; ces angines présentaient un aspect douteux, et certaines ressemblaient à l'angine herpétique ; dans les autres, les exsudats étaient mollasses, muco-fibrineux non envahissants, mais le caractère le plus saillant de ceux-ci a été leur récidive ou leur persistance malgré l'emploi du sérum curateur qui semblait n'avoir aucune action sur la marche des accidents. Dans tous ces cas, l'état général est resté bon, sans trace d'intoxication.

Dans les onze dernières observations, les caractères des angines ont été plus variables : nulle dans un cas, rouge dans trois cas, avec exulcération dans un cas, rouge avec quelques dépôts pultacés ou d'aspect fibrineux secondaires, avec état lardacé de l'amygdale, dans les autres. L'examen du nez et du larynx n'a pas été plus démonstratif. Les exsudats ont résisté à l'emploi du sérum.

En somme, le bacille en navette nous paraît être un parasite accidentel, devant être séparé du bacille diphtérique et les angines dans lesquelles on le rencontre sont, ou des angines diphtériques vraies à bacille de Lœffler, ou des angines septiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 novembre 1897. — Présidence de M. Bouloumié.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le Procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels, le *Journal de clinique de Montréal*, la *Revue du Centre*,

un volume des *Comptes-rendus de la Société des sciences médicales du Luxembourg*.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Perrin, membre honoraire, concernant la proposition de fusion faite à la société.

Le Secrétaire général. Dans la rédaction de l'ordre du jour s'est glissée une erreur. Il y est question d'une demande déposée par 5 membres en vue de modifier les statuts, alors que cette demande ne vise que la prise en considération de la proposition de fusion.

M. Ladreit de Lacharrière. Cela revient au même.

Le Secrétaire général. Les signataires ne l'ont pas entendu ainsi, et je suis leur interprète en faisant cette rectification.

M. le Président donne lecture d'une lettre par laquelle le secrétaire général; dans l'impossibilité de continuer ses fonctions, en prévient la société pour que les candidatures aient le temps de se produire d'ici à la prochaine séance, date des élections générales. L'orateur, qui a fait de vaines instances pour faire revenir M. Jullien de cette décision, rend hommage aux qualités déployées par le secrétaire général, auquel est due pour une bonne part la prospérité actuelle de la société.

M. Jullien remercie le président et a le regret de persister dans sa décision, malgré les pressantes instances de l'unanimité de ses collègues.

M. le Président annonce à la Société le deuil qui vient de frapper un de ses membres, M. H. Morau, qui a eu la douleur de perdre son père. La Société entière lui envoie à ce sujet les plus affectueuses condoléances.

M. Beaulavon, candidat, lit un travail sur l'hospitalisation des tuberculeux (renvoyé à une Commission composée de MM. Leudet, Morau, Martin-Durr, rapporteur).

M. le Président annonce que Mme Duroziez vient de remettre au secrétaire général une certaine quantité de notes et mémoires manuscrits inédits, trouvés dans les papiers de notre regretté collègue, adresse ses remerciements à Mme Duroziez, et nomme pour faire l'examen et le dépouillement de ce précieux dépôt une Commission composée de MM. Brossard, de Beauvais, et Fraigniaud, rapporteur.

M. Martin Durr. **Rapport de la Commission instituée pour étudier les réformes a apporter aux expertises médico-légales.** (Voir page 769).

M. Voisin. Je demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance, quand tout le monde aura pu prendre connaissance du rapport imprimé. (*Adopté*).

M. Ladreit de Lacharrière. Il est à désirer que ce rapport soit l'objet d'un tirage à part, et soit envoyé par les soins de la Société aux corps compétents et aux diverses autorités, afin qu'il ne reste pas lettre morte dans nos bulletins. (*Adopté*).

M. E. Albert-Weil, — **Rapport sur les travaux et la candidature du Dr Adelstan de Martigny au titre de membre correspondant étranger.** — Le Dr Adelstan de Martigny présente à l'appui de sa candidature comme membre correspondant de notre Société plusieurs travaux importants.

Le plus considérable est sa thèse inaugurale soutenue, en 1894, devant la Faculté de Paris. Il y traite de la bactériologie de la blennorrhagie et de son traitement par les lavages antiseptiques. La partie bactériologique est la moins importante. On ne doit pas s'attendre à y retrouver les nombreuses discussions sur la spécificité ou la non spécificité du gonocoque, sur son unité de forme ou sur son transformisme ; et, si l'on y cherche la critique des travaux de Wertheim, Eraud, Lustgarten, Poncet, pour ne citer que ceux-là, on court à une déception. Aussi bien M. Adelstan de Martigny croit la doctrine de Necker hors de conteste actuellement. Il n'appelle blennorrhagies que les écoulements où le microscope décèle le microbe de Neisser; ceux qui ne renferment que les microbes ordinaires de la suppuration ne sont que des pseudo-blennorrhagies, des blennorrhées, pour leur donner le nom qui sert à d'autres auteurs pour les désigner, et doivent céder à un antiseptique quelconque. Il fait de plus, avec Souplet, de la blennorrhagie une maladie à la fois locale et générale, et il attribue toujours ses métastases aux toxines élaborées par son microbe.

La blennorrhagie ainsi comprise aurait un remède spécifique, et ce spécifique ne serait autre que le permanganate de potasse. M. Adelstan de Martigny croit que les lavages au permanganate doivent juguler toutes les infections gonococciques, surtout s'ils sont faits à doses faibles; car ce ne serait pas la puissance bactéricide du médicament qui interviendrait, ce serait bien plutôt la réaction de l'urèthre qui répondrait au lavage de permanganate, par un flux séreux dont le rôle serait de balayer le canal et d'entrainer même les microbes profondément enfoncés dans les cellules épithéliales.

Pour ma part, je laisse à des voix plus autorisées le soin de corroborer ou d'infirmer la doctrine de M. de Martigny et de se prononcer entre sa pratique qui est, du reste, devenue classique en France, et celle que vous entendiez préconiser, il y a un mois, par M. Maurice Duquaire. Je ne veux insister que sur un point : ceux qui croient à la supériorité du permanganate trouveront dans la thèse de M. Adelstan de Martigny un exposé des plus clairs et des plus nets de la méthode des lavages, d'autant plus qu'elle foisonne de petits détails pratiques qui paraissent dénués d'importance et qui pourtant, bien souvent, quand ils sont ignorés, sont la cause d'échecs dont la technique défectueuse est seule responsable.

Bien que M. de Martigny fasse des lavages sans sonde, et qu'il force le sphincter vésical par la seule pression du liquide injecté, il s'est néanmoins occupé de la stérilisation des sondes en caoutchouc et en gomme. Dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de mars 1895, il a préconisé un procédé de stérilisation commode aussi bien pour la pratique de la ville que pour le cabinet du praticien : par suite d'un dispositif ingénieux il peut utiliser à cet effet l'acide sulfureux gazeux.

Dans un autre mémoire, M. de Martigny traite du tertiarisme précoce dans la syphilis (Clinique Montréal, décembre, 1895). Il insiste avec raison sur ce fait que des syphilis les plus bénignes au début, peuvent quelquefois évoluer vers des accidents graves, sans que rien ait pu dans le principe faire prévoir ces complications. Que ce soit le germe infectant qui, dans certains cas, présente une exaltation de sa toxicité, ou que ce soit, au contraire, le sujet contaminé qui offre une moindre résistance, il est incontestable que souvent, à un accident primaire minuscule, à des accidents secondaires fugaces, succèdent très rapidement des phénomènes d'ordre tertiaire. M. de Martigny a pu en un très court espace de temps observer deux cas de ce genre qui — chose intéressante — avaient été traités

s le début de l'infection par les méthodes classiques. On rait aimé voir M. de Martigny en tirer la conclusion ute rationnelle que ces observations légitiment la pra- que de Scarenzio et de mon éminent maître M. le Dr Jul- n, qui jugulent, dès le début, la syphilis par une ou deux jections de calomel et ainsi préviennent tout tertiarisme ns la plupart des cas.

L'activité de M. de Martigny ne s'est pas seulement xercée sur les maladies vénériennes. Son champ a été lus vaste, et nous lui devons un mémoire plein d'intérêt ur le traitement électrique de la dyspepsie. (*Electric baths nd dyspepsia. American medico-surgical Bulletin*, october 896). L'auteur n'a pas expérimenté le traitement électri- ue des dyspepsies chimiques par la galvanisation ou la ranklinisation percutanée. Il n'a traité que des cas de dys- epsie neuro-motrice, de neurasthénie stomacale; et pour ela il a employé le bain hydro-électrique administré sui- ant la pratique de Tripier ou de Constantin Paul. Dans six as il a eu six succès.

Je suis tout à fait convaincu de l'efficacité de l'électrisa- on générale dans les troubles digestifs qui sont l'apanage es névropathes et qui résistent à tous les régimes et à oute la pharmacopée, précisément parce qu'en ces cas le himisme stomacal est souvent fort peu dévié de son type ormal. Mais je crois, par suite d'une expérience person- elle basée sur plusieurs observations, que le bain sta- ique avec frictions électriques ou étincelles sur la région tomacale est bien supérieur au bain hydro électrique : il mprime aux échanges une activité bien plus durable ; son ction sédative est plus manifeste ; et avantage qui n'est as à dédaigner, il est d'une application bien moins en- uyeuse pour le médecin et le malade qui n'a pas à se dé- habiller.

A l'exposé des travaux de M. de Martigny, je n'ajouterai u'un mot. M. de Martigny est canadien, et par conséquent, our employer ses expressions « étranger sur cette terre le France qui fut celle de ses pères »; mais, si les contin- gences de la vie des peuples ont créé cette situation, je ne rois pas trop m'avancer en disant que M. de Martigny a la sympathie la plus loyale envers notre pays. La science n'a certes pas de patrie ; mais quand un candidat au titre de membre correspondant étranger est à la fois un savant et un ami, il est permis de s'en féliciter.

La Société de médecine de Paris s'honorera en recevant parmi elle M. Adelstan de Martigny.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

A 5 h. 3/4 la Société se forme en comité secret pour dis- cuter la demande de prise en considération de la proposi- tion de fusion ; cette demande est repoussée (13 voix con- tre, 11 pour et 2 bulletins blancs, sur 26 votants).

MM. Duquaire et Zambaco-pacha sont nommés membres correspondants nationaux à l'unanimité des membres pré- sents.

La séance est levée à 6 h. 1/4.

Le Secrétaire : Mouzon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

—

Séance du 29 mars 1897. — Prés. de M. le Dr Guillier.

Présents : MM. Génesteix, Ribell, Furet, Veilleau, Bonnefin, Peisson, Dauchez, Petit, Pruvost, Wuillomenet, Millet, Ancelet.

Excusé : M. Boissier.

M. Guillier, en prenant possession du fauteuil présidentiel, que n'ont pu venir occuper les deux vice-présidents, empêchés tous deux, ne veut pas expliquer le motif qui lui vaut cet honneur, car aucun des membres de la Société n'ignore le malheur qui a frappé M. Dromain et la plupart d'entre eux ont tenu le matin même à montrer toute la part qu'ils prenaient à la douleur de notre président.

Mais, à côté de ces témoignages individuels, M. Guillier pense qu'au début de cette séance la première pensée doit être d'adresser, au nom de la Société toute entière, un témoignage collectif de profonde sympathie à notre président éprouvé, pour l'assurer à nouveau de la part bien sincère que tous ses collègues prennent à son malheur.

Le vœu de M. Guillier est unanimement approuvé et M. le secrétaire général est chargé de le transmettre à M. Dromain.

M. Génesteix donne lecture de la correspondance contenant une lettre de M. Dromain s'excusant de ne pouvoir venir présider et remerciant les membres de la Société des preuves d'amitié qu'ils lui ont données dans son malheur, des regrets de M. Valude empêché de venir remplir ses fonctions de vice-président, des remerciements de M. Schwartz à la Société pour les félicitations qui lui ont été adressées au sujet de sa nomination dans la Légion d'honneur, enfin remerciements de M. Gaujat au sujet de son élection comme membre de la Société.

M. Furet, après avoir remercié la Société pour les félicitations qu'elle lui a adressées récemment, donne lecture du rapport suivant sur la candidature de M. Lelarge et propose à la Société d'accueillir favorablement la candidature de notre confrère.

Contribution à l'étude de la maladie de Ménière et son traitement. — Messieurs, vous m'avez chargé de faire un rapport sur la thèse que notre confrère, M. le Dr Lelarge, présente à l'appui de sa candidature à la Société médicale du VIe arrondissement.

Cette thèse a pour objet le traitement de la maladie de Ménière, et, bien qu'elle ait déjà plus de dix ans de date, on peut dire qu'elle est encore d'actualité, car la maladie de Ménière n'a pas cessé d'être à l'ordre du jour. C'est là, en vérité, une triste constatation qui montre combien la thérapeutique employée jusqu'ici a donné des résultats incertains, et combien nous sommes loin encore de posséder contre cette pénible affection une méthode de traitement véritablement efficace.

Il faut d'abord distinguer, et M. Lelarge n'y manque pas, entre la maladie de Ménière vraie et ce qu'on a appelé le syndrome de Ménière.

La maladie de Ménière, qui se manifeste par du vertige, de la surdité, des bourdonnements et des vomissements, est constituée au point de vue anatomique par l'hémorrhagie du labyrinthe. Le syndrome de Ménière, qui se traduit par la même série de symptômes, peut compliquer les mala-

dies de l'oreille les plus diverses, et il suffit de rappeler à cet égard qu'une injection d'eau tiède poussée dans le conduit auditif, ou que le simple déplacement d'un bouchon de cérumen venant frapper la membrane du tympan, peuvent provoquer, et parfois avec une grande intensité, des vertiges, de la surdité, des bourdonnements et des vomissements.

La symptomatologie constitue un chapitre important du travail de M. le Dr Lelarge. Il nous décrit avec soin le début généralement brutal de l'affection au milieu d'une santé parfaite, la chute apoplectiforme du malade, puis les nausées, les vomissements et la céphalalgie que les bourdonnements accompagnent; puis la surdité qui se manifeste dès le début de la crise et qui ne fait jamais défaut. Nous assistons ensuite au retour des accidents: les crises se rapprochent et se confondent de manière à constituer un état vertigineux presque permanent au milieu duquel on voit se dessiner des paroxysmes plus ou moins accusés, plus ou moins fréquents.

Mais c'est le traitement qui forme la partie la plus importante du travail de notre confrère. En 1885, le sulfate de quinine préconisé par Charcot en 1875, était considéré encore comme le médicament héroïque par excellence contre la maladie de Ménière. M. Lelarge le constate et il ajoute: « Sans vouloir battre en brèche une méthode qui a donné, dans des cas d'extrême gravité, des résultats parfois si surprenants, il est permis de se demander si l'on n'a pas été trop loin et si, oublieux des causes multiples qui peuvent provoquer l'explosion du syndrome de Ménière, les médecins n'ont pas quelquefois administré le sulfate de quinine comme une panacée universelle contre tous les vertiges. » On ne saurait dire mieux ni plus juste. On a reconnu aujourd'hui que ce médicament allait le plus souvent à l'encontre du but, en favorisant la congestion du labyrinthe, qu'il s'agit justement de combattre, et les otologistes sont à peu près d'accord pour ne pas pousser au-delà du 3e jour l'administration du sulfate de quinine, si les accidents n'ont pas diminué à ce moment-là.

La saignée que préconise notre confrère lui a, par deux fois, et sur deux malades différents, procuré deux succès complets. En moins de deux jours, il est survenu une détente de tous les symptômes, et, dans un cas, les accidents vertigineux qui depuis quatre mois se manifestaient une et deux fois par jour, ne se montrèrent plus jusqu'à l'époque où le malade, amélioré d'une façon notable, demanda à quitter l'hôpital après quatre semaines de séjour, pour reprendre ses travaux. Notre confrère ajoute qu'il n'est pas dans sa pensée de prétendre à la guérison absolue et radicale de ses deux malades. « Les accidents momentanément conjurés, ajoute-t-il, peuvent se représenter, jusqu'au moment enfin où une surdité plus ou moins complète viendra mettre un terme à leurs souffrances. »

Cette saignée ne devra pas être inférieure à 250 grammes. On la renouvellera autant que besoin sera en se basant sur la réapparition des accidents; on pourra combiner la révulsion locale avec la saignée générale, et se servir en même temps de médicaments antispasmodiques tels que le bromure et l'iodure de potassium, la valérianе, etc...

Nous croyons volontiers, comme M. le Dr Lelarge, que la saignée, si complètement abandonnée aujourd'hui, peut donner des résultats heureux et souvent immédiats, dans tous les cas où le vertige de Ménière reconnaît comme cause des phénomènes congestifs. Nous acceptons ce mode de traitement d'autant plus volontiers que les médicaments qu'on nous propose à l'heure actuelle, tels que la pilocarpine et l'acide bromhydrique anglais, n'ont guère donné de résultats encourageants. Quant à la ponction de la fenêtre ronde que préconise R. Botey de Barcelone, c'est là une méthode un peu trop nouvelle sur laquelle il est encore difficile de formuler une opinion.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, de la thérapeutique appliquée à la maladie de Ménière, le travail de M. le Dr Lelarge n'en constitue pas moins un effort intéressant et un document d'une valeur évidente, et je ne doute pas que la proposition que je vous fais d'admettre M. le Dr Lelarge, dans notre Société médicale du VIe arrondissement, sera ratifiée par vos votes unanimes.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Vignes. — M. Peisson. Je suis incompétent en ophthalmologie, et j'ai le regret de ne pouvoir présenter à la Société un rapport digne d'elle, et du candidat. La Société voudra bien y suppléer par son indulgence et le candidat par son mérite notoire acquis soit par la pratique de son art, soit par de multiples communications.

Je passe sous silence la thèse inaugurale du Dr Vignes par la raison très simple que je ne l'ai point, et j'appelle de suite votre attention sur une étude de ce distingué confrère ayant pour titre : *Traumatisme de la cornée*. Elle fut écrite à propos d'un malade, dont d'ailleurs, voici sommairement l'histoire. M. X..., en promenade dans un bois, a un œil frappé par une petite branche d'arbre. Pendant deux jours, absence d'accidents, puis sans abcès commence une série de troubles qui vont de la kératite ulcéreuse à l'irido-cyclite suppurative. L'infection est évidemment le processus de cette terrible affection menaçant l'œil, sinon dans son existence, du moins dans sa fonction.

Le Dr Vignes insiste sur l'indication de traiter très antiseptiquement les lésions les plus superficielles de l'épithélium cornéen, car la moindre éraillure peut faciliter l'irruption de germes pathogènes redoutables.

Notre confrère a publié dans les Archives d'ophthalmologie un mémoire relatif à un cas d'irido choroïdite d'origine utérine, mémoire qui n'est que le développement d'une note lue à l'Académie de médecine. En voici l'objet, l'histoire et la conclusion : il s'agit d'une femme de 24 ans qui, du côté de l'œil gauche d'abord, du côté de l'œil droit ensuite subit des poussées d'irido choroïdite. Les poussées ont lieu au moment des règles. Rebelles aux traitements ophthalmologiques les plus justifiés, elles éveillent, par leur coïncidence avec les menstrues, l'attention du Dr Vignes au point de vue causal. Un examen des organes génitaux est soigneusement pratiqué avec le concours d'un gynécologue et d'un bactériologiste et on constate une subinvolution utérine, endométrite glandulaire, endo-cervicale, ectropion antérieur, sécrétion purulente, staphylocoques blancs. Le curetage de l'utérus, la désinfection rigoureuse sont décidés et exécutés a partir de ce jour, la malade non seulement n'a plus d'irido choroïdite, mais encore voit l'état de ses yeux s'améliorant.

Au Congrès de Rome, notre confrère lit une étude très judicieuse sur une variété tuberculeuse d'iritis, je suis content d'en réumer les conclusions :

1° Il existe une variété d'iritis tuberculeuse cliniquement caractérisée par un début lent, insidieux, à marche torpide et souvent avec une indolence absolue; 2° l'absence

de symptômes pathognomoniques en rend le diagnostic difficile; 3° cet iritis peut guérir spontanément moins a cause de l'atténuation du bacille et de ses toxines que grâce à la résistance physiologique de l'individu et de ses iris.

Indépendamment de ces travaux très satisfaisants de la clinique et de la pathologie, notre confrère s'est encore appliqué à apporter des perfectionnements dans la pratique de la médecine oculaire, et à cet égard, je signalerai un premier mémoire concernant un dispositif particulier pour faciliter les expériences stéréoscopiques, et un deuxième qui a pour but de présenter un modèle de pince-ciseaux perfectionné, facilitant l'irido-capsulotomie dans certains cas de cataractes secondaire.

Le rapporteur s'excuse d'un rapport aussi bref, et après avoir mis en relief les conclusions des différentes études du Dr Vignes s'arrête lui-même à vous soumettre sa propre conclusion.

Si M. le Dr Vignes tient à l'honneur de faire partie de notre Société, j'estime que notre Société n'aura qu'à se féliciter de son nouvel élu : Ergo, *Dignus intrare*.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Péchin. — M. Wuillomenet. Vous m'avez fait l'honneur de me charger de vous faire le compte rendu des travaux présentés par M. le Dr Péchin, à l'appui de sa candidature à la Société.

Différents mémoires me sont parvenus par l'intermédiaire de notre excellent secrétaire général ayant tous trait à l'ophthalmologie.

1° Traitement de la conjonctivite purulente grave (thèse inaugurale, 1883);

2° Considérations sur le traitement opératoire de l'entropion cicatriciel à propos de deux procédés nouveaux;

3° Contribution à l'étude des affections oculaires et des sinuosités de la face d'origine dentaire :

4° De la dyscromatopsie chez les hystériques.

Dans le premier mémoire, l'auteur distingue deux formes dans la conjonctivite purulente, l'une bénigne, l'autre maligne. La première est traitée avec succès et facilement par les curages et tous les antiseptiques; l'autre grave, contre laquelle il faut employer les cautérisations au nitrate d'argent à 2/100. Les cautérisations doivent être faites dès le début du mal. Nous ajouterons personnellement que dans les ophthalmies des nouveau-nés, et c'est là où nous différons d'opinion avec l'auteur, il faut toujours, sans attendre l'examen bactériologique, cautériser au nitrate d'argent : le succès est assuré.

2°. Dans le deuxième mémoire l'auteur nous parle des différents procédés opératoires de l'entropion cicatriciel et fait la critique surtout de deux procédés opératoires consistant tous deux dans la transplantation du sol ciliaire. Arlt dédoublait le bord libre des paupières, en pénétrant en arrière de la ligne d'implantation des cils et en sortant à travers la peau à 3 mm. plus haut, formant de la sorte une languette marginale adhérente à ses deux extrémités; en pratiquant une incision inverse circonscrivant au-dessus un lambeau semi-lunaire qu'on excisait, il remontait le lambeau ciliaire à l'aide de sutures.

Anagnostakis incise la peau de la paupière parallèlement à son bord, à 4 mm. au-dessus de lui, excise la peau de la lèvre supérieure avec les fibres de l'orbiculaire jusqu'au bord supérieur du tarse et passe ensuite des fils dans la lèvre inférieure de l'incision cutanée en les nouant; le bord ciliaire est ainsi attiré en haut. L'auteur prétend avec raison que cette façon de faire n'est pas suffisante, lorsque le tarse subit une transformation, une dégénérescence à la suite de laquelle il se recourbe, se recroquevile, s'enroule, augmente d'épaisseur et renferme du tissu cicatriciel qui poursuit son évolution si fâcheuse : il s'écoule de là des indications spéciales pour son traitement; c'est la tarsotomie avec un point d'appui pour maintenir redressé le fragment inférieur du tarse que la section a mobilisé et ce point d'appui doit être un point fixe choisi sur le ligament suspenseur. Aucun des auteurs qui font cette tarsotomie, tels que Crampton, Burow, Pagenstecher, Streatfield, Snellen, n'ont rempli l'importante indication consistant à relever solidement le bord palpébral pour le fixer par des sutures à un point d'attache immobile, si ce n'est le professeur Panas et le professeur Laglegze. L'auteur préfère celui du professeur Panas, d'une technique relativement facile pour quiconque est un peu rompu aux opérations plastiques sur les paupières.

Dans le troisième mémoire qui a trait aux relations entre les affections oculaires et les sinusites de la face, le Dr Péchin parle de la corrélation qui existe entre les affections dentaires et les maladies oculaires. Cette relation n'a pas échappé aux cliniciens. La difficulté résidait dans le peu de précision des notions anatomiques pouvant expliquer la nature du processus propagateur. Aujourd'hui, nos connaissances en bactériologie ont jeté plus de clarté sur ces questions de pathologie restées si longtemps obscures; l'auteur admet bien des affections de nature réflexe et de nature inflammatoire, mais il trouve la classification un peu schématique et trop absolue, certaines lésions d'ordre réflexe pouvant parfaitement devenir plus tard des lésions inflammatoires, c'est dire que la bactériologie ne s'oppose pas à la conception d'un processus infectieux débutant d'abord par des phénomènes irritatifs et qui n'en seraient pas moins déjà des phénomènes infectieux.

L'auteur conclut ainsi : Les affections oculaires d'origine dentaire ou sinusitiques sont de nature infectieuse. Les notions de pathologie générale engagent à n'accepter les troubles oculaires réflexes qu'avec réserve.

4° Enfin dans un quatrième et dernier mémoire, l'auteur fait quelques réflexions sur la dyschromatopsie chez les hystériques. Je trouve que l'achromatopsie et la dyschromatopsie chez les hystériques s'expliquent mal par le rétrécissement concentrique du champ visuel, si l'on admet les dimensions et la succession du champ des couleurs dans l'œil hystérique comme dans l'œil sain; que cette théorie est loin d'expliquer tous les cas, qu'elle est admissible lorsque les troubles de la vision commencent par les couleurs les plus centrales pour gagner de proche en proche les couleurs périphériques, mais qu'il y a souvent inversion des couleurs chez les hystériques et que le rétrécissement n'est pas proportionnel et peut atteindre une couleur plus qu'une autre, il faut alors d'après Kniess admettre un trouble de l'innervation vaso-motrice avec localisation au trou optique de la lésion qui détermine l'amblyopie.

Il se ferait au niveau du canal optique une compresssion par l'influence des vaso-moteurs, compression qui aboutirait non à l'atrophie, mais à un simple déplacement de néoplasie. Le retour presque immédiat de la fonction s'expliquerait de cette façon et s'accorde bien avec la notion de guérison par la suggestion ou la métallothérapie.

Vous venez de le voir, Messieurs, par ce rapide compte-

rendu : en donnant votre vote à notre confrère, vous ferez un excellent choix, l'importance de ses travaux lui assure une place honorable au milieu de nous. Aussi votre rapporteur scientifique vous propose-t-il d'émettre un vote favorable à l'admission de notre confrère au nombre des membres de la Société du 6e arrondissement.

Conformément aux conclusions de ces rapports, MM. Lelarge, Vignes et Péchin sont élus à l'unanimité membres de la Société.

M. Dauchez donne ensuite lecture d'un très intéressant travail sur un cas de *dermatite herpetiforme chez un enfant* (*sera publié*).

L'amélioration de l'état de santé de notre confrère M. Lecoin, signalée à la dernière séance, ne s'étant pas maintenue, la Société délègue M. le Secrétaire Général pour aller s'inscrire à nouveau chez notre collègue et lui faire part de l'intérêt qu'elle lui porte.

Enfin M. Guillier adresse à notre collègue M. Veillau ses félicitations pour sa récente distinction. Dr G. Ancelet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er décembre 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Lymphangiome de la région crurale droite. — M. Second. Une femme de 35 ans présentait depuis 10 ans une tumeur de la région crurale droite. J'avais pensé à un abcès froid et je suis tombé sur une éponge de tissu conjonctif dont les vacuoles étaient remplies de lymphe. Je n'ai pu extirper que la partie superficielle, la partie profonde se perdant dans les interstices musculaires. Mon opération fut incomplète, je fis et obtins néanmoins une réunion par première intention. Un an après la malade restait parfaitement guérie.

Abcès sous-phréniques. — M. Picqué. J'ai observé deux cas de ces abcès. Il faut s'entendre sur la signification de cet abcès. Quand on l'a décrit on entendait par cette appellation des pyothorax situés au-dessous du diaphragme, entre lui et le foie, et c'était pour distinguer cette affection des pyothorax vrais que l'on a créé l'abcès sous-phrénique, de même quand on a créé l'abcès gazeux sous-phrénique pour le distinguer du faux pyo-pneumothorax.

A côté de ces variétés on a fait rentrer les abcès de péri-hépatite suppurée, qui, suivant moi, n'ont aucun rapport avec ce que l'on a décrit d'abord sous le nom d'abcès sous-phréniques.

M. Jalaguier. Un petit garçon est pris de point de côté avec douleurs de ventre et un vomissement. On trouve un peu de ballonnement et une douleur au niveau de l'hypochondre. L'enfant était pâle, fébrile, on crut à une pleurésie diaphragmatique enkystée. Deux ponctions ne donnent aucun résultat. Un point vaguement fluctuant apparaît vers le rebord des fausses côtes. Comby me montre le malade, et je puis voir les espaces intercostaux élargis en arrière. On perçoit la sensation de flot, d'arrière en avant, et je me rallie au diagnostic pleurésie purulente. J'ouvre la collection en réséquant la 9e côte. Je fus forcé d'inciser le diaphragme, le cul de sac pleural étant adhérent. A ce moment sortit un flot de pus infect. Les parois étaient fermées par le diaphragme, le foie, et le doigt en bas se dirigeait vers la fosse iliaque le long du colon. Je mis trois drains et la guérison se fit en six semaines. Je cite ce fait pour montrer que les suppurations se faisant loin de l'appendice peuvent être souvent difficiles à reconnaître.

Cholédochotomie sans sutures. — M. Quénu. Dans notre seconde cholédochotomie, il nous fut impossible de faire la suture par suite de l'hypertrophie du foie et le tamponnement à la gaze iodoformée suffit. Dans un troisième cas il y eût une petite hémorrhagie qui se coagula dans les voies biliaires; ceci fut constaté à l'autopsie. Chez la suivante, qui mourut aussi existait, une série de petits calculs qui obstruaient toutes les voies biliaires.

Aujourd'hui, instruits par de nouvelles observations nous adoptons la non suture du choledoque comme la méthode de choix. Dans toutes les observations au nombre de trois, la guérison se fit.

M. Vallin (de Lille) communique une observation de fibrome utérin chez une femme enceinte. Ablation, puis accouchement, par le forceps, de deux enfants,

Présentation de malade. — M. Broca présente un enfant opéré d'un double pied bot. F. Verchère.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(11e *session, tenue à Paris du* 18 *au* 23 *octobre* 1897.)

(*Suite* (1).

Séance du 19 octobre

Traitement de la contusion de l'abdomen. — M. Le Dentu. Sauf le cas de rupture du rein ou de la vessie, le diagnostic direct, synthétique, des lésions viscérales causées par les contusions abdominales est soumis à de nombreuses chances d'erreurs.

Le diagnostic indirect, analytique, qui tient compte de chaque signe, envisage isolément le maximum d'indication qu'il comporte, offre une base plus solide à l'intervention chirurgicale.

Le diagnostic analytique est rendu possible dans beaucoup de cas par des signes locaux ou par des signes éloignés.

Les signes locaux sont : les lésions de la paroi abdominale, certaines modalités de la douleur superficielle ou profonde, la contracture de la paroi abdominale.

Les signes éloignés sont : certaines modifications du faciès et de la coloration des extrémités, de la voix, du pouls, de la respiration, de la température du corps, de la sécrétion urinaire, de l'habitus ou des allures du blessé.

On peut arriver à reconnaître par une analyse minutieuse, qui tiendra compte de toutes les nuances, le shock d'origine hémorrhagique et le shock d'ordre nerveux, qui tous deux imposent l'intervention.

Les cas, dits sans symptômes, deviendront de plus en plus rares, à mesure que les chirurgiens auront, sur ce terrain, affiné leur sens d'observation.

La laparotomie purement exploratrice est justifiée toutes les fois que les éléments de diagnostic seront insuffisants pour fournir une certitude approximative, et que les circonstances permettront d'admettre *a priori* la possibilité de lésions viscérales.

(1) Voir *France Médicale*, nos 43 et 46, 1897.

La laparotomie systématique dans le traitement de la contusion abdominale. — M. P. Michaux. Malgré les belles observations apportées à la Société de chirurgie depuis 1883, par Bouilly, Moty, Jalaguier, Nélaton, Lejars et par moi-même en 1892 et 1895, la question de l'intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen n'est pas encore tranchée.

En face des interventionnistes nombreux, se lèvent les opposants, qui comptent parmi eux nos plus distingués collègues de l'armée, MM. Delorme, Nimier, Lahevost, et quelques-uns de nos collègues, Polaillon, Kirmisson, Quénu. Nos collègues de l'armée ont apporté des faits nombreux, groupés avec beaucoup de talent dans la séduisante thèse de Mendy. Ce travail me semble cependant dangereux dans ses conclusions, et je vais chercher à le démontrer en établissant que la *laparotomie est le seul moyen sérieux de diagnostic et de traitement qu'on puisse appliquer à la contusion abdominale.*

En premier lieu, il est facile d'établir, par de nombreuses observations, que les signes de la contusion abdominale ne sont pas toujours en rapport avec la violence du traumatisme; souvent, à tel traumatisme violent correspond une réaction légère, alors que tel autre traumatisme léger se traduit par des phénomènes graves et des lésions fatales. On voit souvent des hommes atteints de contusion abdominale remonter à cheval, faire un long chemin à pied, attendre un ou deux jours avant de se faire conduire à l'infirmerie, et cependant les lésions amènent une mort des plus rapides.

Les 178 guérisons par abstentions comprennent cent observations sans aucun détail et 34 contusions des hypochondres, des flancs, de la région lombaire, hypogastrique et des régions inguino-crurales, ce qui diminue beaucoup la valeur de ces chiffres.

En face des statistiques personnelles de M. Delorme : 20 cas de contusion par coup de pied de cheval, 17 abstentions guéries, 3 morts par laparotomies, mais laparotomies à la 23e, 24e et 37e heures, je puis mettre la statistique de Chaput : 6 morts par rupture intestinale, sur 7 cas de contusion par coup de pied de cheval; la statistique de M. Gross : 6 abstentions, 4 guérisons, 2 morts; ma statistique, enfin, qui porte aussi sur 20 cas de contusion de causes variées, toutes très graves, 14 interventions, 12 guérisons, 2 morts par laparotomie tardive; 6 abstentions (2 voulues pour cas ultra-légers), 2 morts par rupture du hile de la rate et péritonite septique sans lésions intestinales. Je sais bien que les ruptures de l'intestin ne nous donneront pas toujours des succès, mais encore la laparotomie est-elle leur seule chance de succès.

Les principales règles de cette laparotomie sont les suivantes que j'ai déjà indiquées dans mon travail à la Société de chirurgie en 1895.

1° Laparotomie aussi précoce que possible, aussitôt le shock passé.

2° Laparotomie aussi rapide que possible. Evacuation du sang à l'aide de grosses éponges aseptiques. Exploration méthodique de l'intestin dans des linges chauds stérilisés. Eviscération seulement dans les cas où on trouve des débris alimentaires ou des matières fécales.

3° Laisser l'abdomen largement ouvert à la fin de l'opération, en limitant, vec des mèches de gaze iodoformée, les régions dangereuses.

4° Enfin et surtout, la lutte jusqu'au bout pour sauver ces malades. Injections très abondantes de sérum dans les veines (Lejars-Michaux). Lavages péritonéaux abondants à l'eau salée et au permanganate de potasse.

M. Moty (de Lille). Je persiste dans les conclusion de mon premier mémoire sur les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, sauf en ce qui concerne la fréquence relative des cas graves qui n'est que d'un cinquième environ sur le total des entrées à l'hôpital.

Le point essentiel est de les reconnaître le plus tôt possible : à défaut de l'anxiété consécutive à l'absorption des boissons qui manque souvent quand la perforation intestinale n'est pas élevée, l'accélération progressive du pouls constitue le signe le plus sûr des lésions graves et permettra souvent de distinguer les symptômes de péritonisme de la véritable péritonite par épanchement de matières intestinales.

En cas de gravité très probable ou évidente l'opération me paraît nettement indiquée. Elle l'est surtout dans les cas immédiatement graves avec choc intense que l'on considère trop facilement comme irrémédiables. Il importe, en effet, de savoir que le premier résultat d'une laparotomie, suivie de la suture d'une perforation, est un sentiment de soulagement et de détente accusé par le malade et je reste fermement persuadé qu'on sauverait un certain nombre de ces blessés, considérés comme inopérables, en intervenant immédiatement à la cocaïne et en s'aidant au besoin des injections de serum artificiel. Les lavages du péritoine à l'eau bouillie et salée me paraissent également toujours indiqués en cas de péritonite au début ainsi que le drainage temporaire du péritoine après mise en place de fils d'attente en crins de Florence, destinés à former un ou plusieurs gros points de suture enchevillée après l'ablation du drain. Quelque bénigne que soit la laparotomie exploratrice, il faut en être sobre sur des hommes dans la force de l'âge qui ont besoin de toute la solidité de leur paroi abdominale.

Le diagnostic entre les cas légers et les cas moyens ne se fait guère qu'*a posteriori.*

Les symptômes des cas moyens n'ont rien de caractéristique et je n'ai que 3 particularités à relever en ce qui les concerne :

1° Le pouls peut être accéléré ou ralenti sans qu'on soit en droit d'en rien conclure, mais si le pouls, rapide d'abord, se ralentit ensuite progressivement après l'installation du blessé dans un lit, il y a beaucoup de chance pour que le cas ne soit pas grave ;

2° Quand le coup a porté à droite ou à gauche de la ligne médiane, il y a presque toujours dilatation de la pupille du côté correspondant, sauf dans les cas légers ; elle n'a été trouvée rétrécie qu'une fois ;

3° L'hystérie joue un grand rôle dans les manifestations symptomatiques qui suivent la contusion.

La laparotomie et la suture intestinale restent le seul moyen de traitement efficace dans les éclatements et les ruptures. Le traitement des cas moyens repose essentiellement sur l'opium qui répond à lui seul aux principales indications et qu'on remplacerait par les injections de morphine en cas de besoin.

La glace est contre-indiquée, elle semble avoir été la seule cause de complications assez graves, notamment la phlébite.

Traitement des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. — M. Nimier, de Paris. Tout homme atteint

d'un coup de pied de cheval dans l'abdomen sera transporté d'urgence à l'hôpital.

Là, après avoir pris connaissance des commémoratifs de l'accident et noté en détail l'état du blessé, le chirurgien instituera un traitement d'attente basé, suivant les cas, sur les phénomènes de shock et les indices de lésion intestinale (immobiliser le blessé au lit, le réchauffer, combattre la douleur, lui imposer une diète absolue. Un service d'observation permanente sera ensuite institué auprès du malade, et chaque demi-heure on inscrira la température, la respiration et le pouls avec leurs divers caractères et tous les symptômes locaux ou généraux existants. Il est toutefois avantageux que le chirurgien qui doit conduire le traitement ne se charge pas de cette observation soutenue du patient. Prévenu dès qu'il surviendra un phénomène nouveau) vomissements bilieux en particulier), il jugera mieux la situation s'il laisse s'écouler deux ou trois heures entre ses examens. Enfin, dès que la réaction péritonéale ou l'infection générale lui paraîtront indiscutables, il opérera. Sans doute intervient une question de tempérament chirurgical; certains chirurgiens ne se trouveront pas suffisamment éclairés, alors que d'autres se déclareront convaincus de la gravité du cas. Mais mieux vaut agir de bonne heure, car tarder, c'est risquer de voir le blessé disparaître brusquement; c'est tout au moins permettre à l'infection générale de progresser et de mettre le patient hors d'état de résister au shock opératoire. En résumé, primitive et exploratrice la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval risque fort de n'être qu'une opération inutile, sinon nuisible; secondaire par contre, elle permet la confirmation du diagnostic perforation intestinale, et constitue le premier temps du seul traitement susceptible de sauver le blessé.

MEMENTO PRATIQUE

Élixir dentifrice.

Benjoin en larmes.....	5 grammes.
Essence de menthe.....	5 —
Cochenille pulvérisée.....	2 gr. 50
Alcool 80°.....	1 litre.

Un petit filet de cet élixir dans un verre d'eau bouillie. Doit servir à mouiller la brosse et comme rince bouche après chaque repas.

Poudre dentifrice alcaline antiseptique.

Carbonate de magnésie.....	25	grammes.
Carmin.....	1	—
Carbonate de chaux.....	30	—
Phosphate de chaux tribasique	15	—
Bicarbonate de soude.....	20	—
Salol.....	ââ 5	—
Savon sec et pulvérisé.....		
Essence de menthe.....	4	—

Dr Gourc.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés, au laboratoire institué pour le service de la diphtérie, à l'hôpital des Enfants-Malades : chef du laboratoire, M. Méry; moniteur, M. Bonnus.

Faculté de médecine de Toulouse. — Par décret, en date du 23 novembre 1897, M. Abelous, agrégé, est nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Toulouse.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr d'Astros est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

Académie de médecine. — Dans la séance de la Chambre des députés du 22 novembre, M. Lannelongue a demandé au Gouvernement de vouloir bien prendre un engagement formel à l'égard de l'Académie de médecine. La salle des séances est insuffisante, ne peut contenir ses membres. Le service de la vaccination et de la revaccination est à l'étroit. Les livres de la bibliothèque sont logés dans les soupentes. Le laboratoire est une honte pour l'établissement qui le possède.

Le Ministre des Finances a donné à M. Lannelongue l'assurance que dans quelques semaines au plus tard le Gouvernement déposerait sur le bureau de la Chambre un projet de loi relatif à la reconstruction de l'Académie de médecine et qu'en 1900 elle aurait une installation plus digne d'elle. Dont acte.

L'affaire Heim. — Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni jeudi à la Sorbonne pour statuer sur le cas du Dr Heim, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui était accusé d'avoir détourné des livres et des appareils de divers laboratoires de la Faculté.

Le Conseil, après avoir longuement délibéré, a prononcé contre le Dr Heim la peine du retrait d'emploi.

Voici les *attendus* du jugement.

Attendu que M. Heim ne donne pas d'explication satisfaisante pour justifier la présence dans son propre laboratoire d'instruments et de livres appartenant au laboratoire de physiologie de M. Richet et qu'en outre, de son propre aveu, il aurait acquis quelques-uns de ces instruments ou de ces livres d'un brocanteur dont l'existence, malgré les recherches de la préfecture de police, n'a pu être établie;

Attendu que M. Heim, de son propre aveu, s'est rendu coupable de négligences graves dans sa gestion intérimaire et de chef de laboratoire;

1° En faisant transporter, sans avoir pris l'autorisation du doyen et comme il le reconnaît lui-même, sans vérification suffisante, des objets, des livres et des instruments au laboratoire de la rue Cuvier, qui devaient revenir à l'école pratique de la Faculté de médecine;

2° En faisant ou en laissant transporter au laboratoire de l'école pratique de la Faculté de médecine des papiers importants qui faisaient manifestement partie de la succession de M. Baillon;

3° En faisant sortir du laboratoire de ladite école pratique, sans autorisation du doyen, des objets et des livres qu'il n'avait pas le droit de déplacer;

4° En marquant ou en laissant marquer de son étiquette personnelle des objets qui ne lui appartenaient pas.

Attendu qu'il a été trouvé dans l'herbier personnel de M. Heim des plantes appartenant manifestement à l'herbier du Muséum; que plusieurs de ces plantes portent encore l'étiquette du Muséum; que sur d'autres, au contraire, cette étiquette a été décollée et remplacée par la suivante : « Herbier Heim »; que quelques unes de ces plantes ont une valeur particulière, soit à raison de leur origine, soit à rai-

n de leur rareté ; que M. Heim, invité à justifier de leur ossession, fournit pour toute explication que M. Baillon s lui avait données en lui disant qu'il pouvait les garder ; ue cette explication impliquerait de la part de M. Baillon ne ignorance ou une méconnaissance complète des règles uivies par l'administration du Muséum ; que M. Heim lui-même devait connaître ces usages : que, même en admet-nt la possibilité d'une erreur de M. Baillon, il aurait dû enquérir auprès de l'administration du Muséum de la ré-alarité des libéralités qu'il dit lui avoir faites ;

Attendu qu'en publiant, au mois de juillet 1897, en vue une candidature au poste de chef des travaux pratiques histoire naturelle, une notice sur ses titres et travaux cientifiques, M. Heim y fait figurer un très grand nombre e mémoires ou de notes qui, contrairement à l'affirmation nsérée à la page 6 de ladite notice, n'avaient pas été à cette ate livrés à l'imprimeur et n'étaient même pas rédigés ;

A l'unanimité des membres présents,

Prononce contre M. Heim (Frédéric-Louis) le retrait d'em-loi ;

Et ordonne l'exécution provisoire du jugement nonobs-nt appel.

M. Heim a annoncé son intention probable de faire appel e la décision qui l'a frappé.

Le concours de médecine des hopitaux. — La Société es médecins des hôpitaux, à la suite du rapport de M. L. Dreyfus-Brisac, vient d'émettre le vœu que les modi-cations suivantes soient apportées au concours de méde-ine des hôpitaux :

1° Substitution du vote secret au vote à mains levées ans toutes les épreuves, avec engagement d'honneur pris ar les membres du jury de ne jamais faire connaître leur ote ;

2° Institution d'un concours unique annuel où seraient onnées toutes les places vacantes, jusqu'à concurrence de ix ;

3° Remplacement du jury unique actuel par deux jurys, résidant l'un aux épreuves d'admissibilité, l'autre aux preuves de nomination. Chacun de ces jurys, exclusive-ent composé de médecins chefs de service, compterait quatorze membres. Le second jury serait constitué avant a publication de la liste des admissibles ; ne pourraient en faire partie les médecins qui auraient refusé de faire partie du premier ;

4° Fixation du nombre des admissibles au triple des places à donner avec un minimum de dix ;

5° Remplacement de l'épreuve de deux malades par deux épreuves : *a*, une leçon sur un malade, d'une demi heure de durée, après trente minutes dont le candidat dispose-rait à son gré pour l'examen du malade et la préparation de la leçon ; *b*, une consultation écrite sur un malade : vingt minutes seraient accordées au candidat pour l'examen cli-nique, y compris l'analyse des urines, et une heure pour la rédaction de la consultation ;

6° Publicité du diagnostic détaillé formulé par le jury dans les épreuves cliniques.

Hôpital Boucicaut. — M. le président de la République a inauguré mercredi matin l'hôpital Boucicaut.

Legs Magitot. — M. Magitot a légué à l'Académie de médecine sa bibliothèque et une rente annuelle de 500 fr. pour la fondation d'un prix biennal qui portera son nom et sera décerné au meilleur travail sur la stomatologie.

Distinction honorifique. — Une mention honorable est accordée à M. le Dr Paul Verdière, médecin à Bertincourt, pour acte de courage et de dévouement.

L'exercice de la médecine par les internes des hopitaux. — M. le directeur général de l'Assistance publique vient d'adresser la circulaire suivante à tous les directeurs des hôpitaux de Paris :

« Monsieur le directeur,

« Je vous informe que, sur la proposition que je lui ai adressée, d'accord avec le Conseil de surveillance, M. le préfet de la Seine a bien voulu autoriser les internes de nos hôpitaux et hospices, munis de 12 inscriptions au moins, à bénéficier des dispositions de l'article 6 du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

« L'autorisation dont il s'agit s'applique, en ce qui concerne l'hôpital X..., aux internes dont les noms suivent : MM...

« Il va sans dire que le droit qui leur est conféré d'exercer la médecine laisse néanmoins MM. les internes soumis à toutes les obligations qui leur sont imposées par les règlements. Je vous prie de communiquer la présente circulaire à MM. les internes attachés à votre établissement. — Signé : Peyron. »

Les médecins étrangers en Italie. — Le gouvernement italien étudie un projet de loi interdisant l'exercice de la médecine, en Italie, à tout médecin étranger non muni d'un diplôme italien.

La médaille du professeur Le Dentu. — Les élèves et amis de M. le professeur Le Dentu désirent lui offrir une médaille à l'occasion de sa nomination comme officier de la Légion d'honneur. Le prix de la cotisation est fixée à 20 francs. Prière d'envoyer le montant des souscriptions à MM. Lyot, 37, rue de Rome ; Mauclaire, 22, rue Montaigne ; Pichevin, 18, rue Caumartin.

Médecins conseillers généraux. — Le professeur Paul Reclus a été élu, dimanche dernier, conseiller général du canton de Salies de Béarn.

Monument Ch. Fauvel. — Le 17 décembre prochain aura lieu, au Père-Lachaise, l'inauguration d'un monument élevé à la mémoire de Charles Fauvel. Le médaillon est l'œuvre de M. Injalbert.

Association médicale mutuelle du département de la Seine. — Fondée par le Dr Gallet-Lagaguey, approuvée par arrêté ministériel du 7 décembre 1886. Siège social : rue Étienne-Marcel, 37. — L'Association médicale mutuelle alloue à ses membres participants, en cas d'incapacité absolue de travail, une indemnité quotidienne de dix francs quelle que soit la durée de la maladie.

Depuis sa fondation (1886), elle a payé plus de cent mille francs de journées de maladie, sans empêcher l'accumulation d'importantes réserves qui s'élèvent aujourd'hui (31 octobre 1897) à la somme de deux cent dix-huit mille quatre cent vingt-neuf francs. Sa situation est donc très prospère ; elle compte actuellement quatre cent membres.

Pour en faire partie, il faut avoir moins de 40 ans, être Français, exercer la médecine dans le département de la Seine, subir un examen médical et payer une cotisation de *dix francs par mois* avec un droit d'entrée de un franc par année d'âge.

Pour tous renseignements s'adresser aux Drs Descoust, président, rue Étienne-Marcel, 37 ; Signez, secrétaire général, boulevard Voltaire, 123 ; Fissiaux, trésorier, rue Martel, 10.

Le Grand Conseil des Vétérinaires et le Congrès vé-

térinaire. — Du 7 au 15 novembre, la session du grand Conseil des vétérinaires et le Congrès vétérinaire de 1897, ont eu lieu successivement à l'hôtel des Sociétés savantes à Paris.

Ces deux assemblées ont résolu de chercher à obtenir le plus promptement possible : 1° le vote d'un projet de loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire, actuellement soumis à la Chambre par le Gouvernement; 2° une réglementation générale uniforme de l'inspection des viandes (organisation du service et tableau des motifs de saisie des viandes); 3° l'uniformisation du service contre les épizooties dans tous les départements, avec un vétérinaire délégué chef du service sanitaire départemental, nommé par le Ministre, sur la proposition du Comité consultatif des épizooties, avec des vétérinaires sanitaires opérant dans l'étendue de leur clientèle et non dans des circonscriptions administratives; 4° le remplacement, dans l'inspection centrale des services sanitaires vétérinaires, du vétérinaire inspecteur général démissionnaire par un vétérinaire chef de service, et du 3e inspecteur ordinaire non vétérinaire par un inspecteur vétérinaire (Protestation unanime des Sociétés vétérinaires contre la nomination illégale de cet inspecteur empirique); 5° la surveillance effective des clos d'équarrissage; 6° l'interdiction de la circulation des viandes faveuses, provenant d'animaux non inspectés au lieu d'origine; 7° l'interdiction de vente, sinon pour la boucherie, des animaux indiqués tuberculeux par la tuberculine, sans qu'ils présentent des signes cliniques ; 8° l'isolement et l'interdiction de vente des animaux ayant réagi à la malléine sans aucun signe extérieur de morve; 9° les encouragements de l'État pour la production du cheval de guerre en France.

Le *Grand Conseil* se réunira en 1898 et un *Congrès vétérinaire* aura lieu en 1900.

Bibliothèque circulaire médicale. — Une bibliothèque médicale est installée 93, boulevard Saint-Germain, Paris. Elle fonctionne régulièrement, même pendant les Vacances universitaires, depuis 1893.

Cette bibliothèque a été créée pour permettre aux médecins de consulter à très bon compte les livres dont ils peuvent avoir besoin, surtout les ouvrages de longue haleine, les monographies et les grands périodiques réservés aux sciences biologiques en France et à l'Étranger. Elle fonctionne et pour la France et pour les pays étrangers, où existe le système des colis postaux.

Cette bibliothèque médicale a commencé avec des ressources limitées; mais son organisateur est convaincu qu'elle répond à un réel besoin, impossible à satisfaire par d'autres procédés, et qu'elle acquerra bientôt toute l'importance à laquelle elle a droit, surtout si tous les médecins français veulent bien s'intéresser à cette tentative de décentralisation.

La mortalité à Paris. — Pendant la quarante-septième semaine, du 21 au 27 novembre 1897, le service de la statistique a compté 900 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière 886 et à la moyenne 847.

Les maladies épidémiques sont plus rares (20 au lieu de 16 et de la moyenne 28), la fièvre typhoïde a causé 2 décès au lieu de 3 et de la moyenne 7, la rougeole 5, chiffre identique à celui de la semaine dernière et à la moyenne de la saison, la coqueluche 4 au lieu de 2 et de la moyenne 3, la diphtérie 6 au lieu de 3 et de la moyenne 12.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par scarlatine.

On a signalé 3 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 34 décès au-dessous de 1 an au lieu de 23 et de la moyenne 32.

En outre 28 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 116 décès (au lieu de 133 pendant la semaine précédente et au lieu de 107, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 20 décès (au lieu de la moyenne 17); bronchite chronique 24 décès (au lieu de la moyenne 27); bronchopneumonie, 42 décès (au lieu de la moyenne 29); pneumonie 30 décès (au lieu de la moyenne 34). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 46 décès, dont 34 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 200 décès au lieu de la moyenne 184 ; la méningite tuberculeuse, 13 décès ; la méningite simple, 17 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 75 décès, et les maladies organiques du cœur, 63; le cancer a fait périr 42 personnes. Enfin, 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 18 suicides, et 19 autres morts violentes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Note sur les longues trèves de la tuberculose pulmonaire et sur le réveil de celle-ci sous l'influence de la grippe, par le Dr L.-H. Petit. In-8°, 15 p. Paris, Masson et Cie, 1897.

Des avantages de l'hydrothérapie hivernale avec observations à l'appui, 2e édition, par le Dr E. Duval. Extrait de la *Médecine contemporaine*. Paris, chez l'auteur, 15, rue Châteaubriand, 1897.

Manuel du chirurgien-dentiste, publié sous la direction de Ch. Godon, directeur de l'École dentaire de Paris. *Clinique de prothèse*, par P. Martinier, professeur à l'École dentaire de Paris. 1 volume in-8 de 340 pages, avec 40 figures, cartonné. Prix : 3 francs. (J.-B. Baillière et fils.)

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*